

## Article

---

« L'influence des relations familiales et sociales sur la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées »

Jacques Allard, Denis Allaire, Gilbert Leclerc et Simon-Pierre Langlois

*Santé mentale au Québec*, vol. 22, n° 1, 1997, p. 164-182.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/502101ar>

DOI: 10.7202/502101ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

---

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

---

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : [info@erudit.org](mailto:info@erudit.org)



## **L'influence des relations familiales et sociales sur la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées**

---

Jacques Allard\*

Denis Allaire\*\*

Gilbert Leclerc\*\*

Simon-Pierre Langlois\*\*\*

Les psychotropes occupent le deuxième rang dans la consommation de médicaments chez les personnes âgées. L'objectif de cette étude est de vérifier un modèle explicatif de la consommation de psychotropes dans cette population. Notre principale hypothèse est que la qualité des relations qu'entretient une personne âgée avec autrui, et particulièrement avec ses enfants, a une influence directe sur son bien-être psychologique, lequel a une influence directe sur la non-consommation de psychotropes. Une enquête a été réalisée auprès d'un échantillon de 500 personnes âgées de 65 à 84 ans, vivant à domicile. Au cours des trois mois précédant l'entrevue, 31,8 % des répondants ont consommé des psychotropes. Les données empiriques n'ayant pas permis de vérifier le modèle théorique retenu, des analyses multivariées ont conduit à l'élaboration d'un modèle explicatif de la consommation qui met en évidence que le bien-être psychologique et la santé sont les meilleurs prédicteurs de cette consommation. Un bien-être psychologique élevé diminue la consommation alors qu'un mauvais état de santé l'augmente. Les relations sociales influencent directement le bien-être psychologique alors que les relations familiales ont un effet de moindre importance. Le modèle explicatif proposé explique 13 % du phénomène de la consommation de psychotropes chez les personnes âgées.

---

\* MD, FCMFC, professeur au département de Médecine de famille, à la Faculté de Médecine de l'Université de Sherbrooke (Québec).

\*\* Ph.D., professeurs à la Faculté des Lettres et Sciences humaines, de l'Université de Sherbrooke.

\*\*\* MSc, assistant de recherche au Centre de recherche en Gériatologie et Gériatrie de l'Institut Universitaire de Gériatrie - Pavillon d'Youville, Sherbrooke.

### **Remerciements**

Cette recherche a été rendue possible grâce à une subvention du Conseil Québécois de la Recherche Sociale (# RS - 1748).

**L**es personnes âgées de 65 ans et plus forment 11,8 % de la population québécoise et consomment de 25 à 30 % de tous les médicaments disponibles (MSSS, 1995; Enquête Santé-Québec, 1987, 1988). Il faut préciser d'emblée que tous les médicaments prescrits, y compris les psychotropes, étaient gratuits pour les personnes âgées au Québec, et payés par la Régie de l'assurance-maladie, au moment où l'enquête fut réalisée. Les psychotropes occupent le deuxième rang dans cette consommation et une utilisation abusive de ces médicaments est fortement susceptible d'entraîner de nombreux problèmes sur le plan humain et social, notamment des hospitalisations (Guttman, 1978; Levenson, 1986; Williamson et Chopin, 1980). Certains traits caractéristiques prédisposent les personnes âgées à une consommation abusive de médicaments (Glantz, 1981; Stewart, 1988). Les femmes sont plus à risque de consommer que les hommes (Copperstock, 1978; Eve et Friedsam, 1981; McKim et Mishara, 1987; Smart et Adalf, 1988). L'usage antérieur de médicaments psychotropes, particulièrement chez ces femmes, augmente également le risque de reproduire le même comportement de consommation lorsque surviennent des difficultés associées à un âge avancé (Lanlois-Meurinne, 1987; Stewart, 1988).

Quelques auteurs ont cherché à définir les facteurs psychosociaux entraînant un usage abusif de psychotropes (Caroselli-Karinja, 1985; Conseil des Affaires sociales et de la Famille, 1982; Eve et Friedsam, 1981). Parmi ces facteurs, il faut mentionner les nombreuses pertes que les personnes âgées ont à subir, comme le décès du conjoint ou d'un ami, la retraite, la réalité de leur propre vieillissement, une santé chancelante, un niveau de vie inférieur, l'inactivité, l'ennui, l'isolement et la solitude (Caroselli-Karinja, 1985). Eve et Friedsam (1981) ont observé que les variables épidémiologiques sociales comme le revenu, les problèmes de transport, l'état civil, l'emploi, les groupes minoritaires et l'intégration sociale sont de meilleurs prédicteurs de la consommation de médicaments psychotropes par les personnes âgées que les variables d'utilisation des services de santé. De son côté, Glantz (1981) pense qu'il serait possible de développer un modèle explicatif de l'abus de médicaments en s'appuyant sur les hypothèses retenues pour expliquer l'alcoolisme chez les personnes âgées. Pérodeau et al. (1992) ont testé un modèle de cheminement causal de l'effet du stress et divers autres facteurs sur l'utilisation de psychotropes par des personnes âgées en s'appuyant sur des facteurs d'ordre individuel plutôt que social. Les prédicteurs qui composent

leur modèle final sont l'âge, le sexe, les attitudes envers les psychotropes et les événements de vie.

La recension des publications scientifiques met en évidence que très peu d'études ont évalué l'influence des relations familiales et sociales sur la consommation de médicaments. Osterweis et al. (1979) ont démontré, chez une population plus jeune, que c'est la consommation de médicaments par les autres membres de la famille qui semble être le meilleur prédicteur de la consommation chez les individus. Qu'en est-il de cette influence chez la population âgée ? À notre connaissance, seule l'étude de Smart et Adalf (1988) a abordé cette question. Selon eux, une famille nombreuse entraîne une consommation moins élevée de médicaments, soit parce que la personne âgée reçoit plus de support, soit parce que le contrôle exercé par rapport au comportement abusif est plus grand.

Par ailleurs, Quinn (1983) a démontré que les relations familiales représentent le deuxième meilleur prédicteur, après la santé, du sentiment de bien-être chez la personne âgée, et il nous semble tout à fait logique de penser que le bien-être psychologique a une influence sur la consommation de psychotropes. De fait, le modèle de la figure 2 est celui que Quinn a utilisé pour mesurer les variables qui influencent le bien-être psychologique chez les personnes âgées, sauf que cet auteur n'a pas étudié la consommation de psychotropes.

À notre connaissance, peu d'études, hormis celle de Pérodeau et al. (1992), ont proposé jusqu'ici un modèle explicatif de la consommation de psychotropes chez les personnes âgées. Le but de la présente recherche est de combler cette lacune. Son objectif principal consiste à vérifier la valeur d'un modèle explicatif de certains prédicteurs de la consommation de psychotropes chez les personnes âgées. Les variables indépendantes retenues dans ce modèle (figure 2) s'inspirent de celles de Quinn (1983). L'hypothèse principale est que la qualité des relations qu'entretient une personne âgée avec autrui, et particulièrement avec ses enfants, a une influence directe sur son bien-être psychologique, lequel a une influence directe sur la consommation de psychotropes. La qualité des relations familiales ou sociales et le bien-être psychologique ne sont évidemment pas les seules variables susceptibles d'influencer la consommation de psychotropes. Parmi les autres variables incluses dans le modèle, il faut mentionner la santé, le nombre d'enfants, le revenu, le statut marital, l'âge et le sexe.

## MÉTHODE

### Échantillon et collecte des données

Un échantillon initial de 770 noms a d'abord été sélectionné au hasard à partir des listes électorales de la ville de Sherbrooke. Ces listes avaient été révisées lors d'un recensement effectué quelques mois avant le début de l'étude. Elles contenaient les informations suivantes sur chaque citoyen : nom, adresse, numéro de téléphone et date de naissance. Sherbrooke est un centre urbain comptant 55 326 électeurs dont environ 9600 personnes âgées de plus de 65 ans. Les critères d'inclusion de l'étude étaient les suivants : homme ou femme âgé de 65 à 84 ans au moment de l'entrevue, francophone, vivant à domicile à Sherbrooke. Les personnes de 85 ans et plus ont été exclues car elles ont généralement peu de relations sociales et il nous a semblé que l'administration d'un questionnaire d'une certaine longueur et d'une certaine complexité à des personnes d'un âge trop avancé n'était pas appropriée. Soixante-cinq personnes ont été exclues car elles ne répondaient pas à ces critères. Ce nombre comprenait aussi des personnes qui ont été exclues parce qu'elles avaient déménagé (19) ou étaient confuses (10). Sur les 705 personnes éligibles, 205 personnes ont refusé de participer : elles n'étaient pas intéressées (121), elles étaient absentes (73), ou encore malades ou hospitalisées et dans l'impossibilité de recevoir l'enquêteur (11). L'échantillon final se compose donc de 500 répondants, soit un taux de réponses de 70,9 % (500/705).

La représentativité de l'échantillon a été vérifiée quant à deux variables, le sexe et le quartier de résidence. La distribution du sexe de l'échantillon a été comparée avec les données du recensement canadien de 1986. Ainsi, l'échantillon comprend 35,6 % d'hommes et 64,4 % de femmes, alors que le recensement rapporte 37,7 % d'hommes et 62,3 % de femmes. Il n'y a pas de différence significative entre l'échantillon et la population recensée ( $X^2 = 0,94$ ;  $dl = 1$ ; NS). La seconde vérification porte sur la description de l'échantillon dans les douze quartiers de la ville de Sherbrooke. Cette distribution est similaire à la réalité ( $X^2 = 9,19$ ;  $dl = 11$ ; NS). Le nombre de personnes ayant refusé de répondre a aussi été comparé avec celui des refus attendus par quartier. Il n'y a pas plus de personnes qui ont refusé dans un quartier que dans un autre ( $X^2 = 5,8$ ;  $dl = 11$ ; NS). Ces données suggèrent que l'échantillon est représentatif des divers groupes socio-économiques dans la population.

La collecte des données a été réalisée à domicile par un groupe de 26 interviewers entre le 15 janvier et le 31 mars 1991. L'équipe de recherche a formé ces personnes et assuré un suivi constant durant toute la durée de l'enquête.

## Mesures

Le questionnaire pour la collecte des données est composé de six parties mesurant les relations familiales et sociales, le sentiment de bien-être psychologique, les événements stressants, l'état de santé, les médicaments et les données socio-démographiques.

Le *Social Resource Scale* de l'OARS a été choisi pour mesurer les relations familiales et sociales. Cet instrument est l'un des plus connus pour mesurer le fonctionnement social des personnes âgées. Il a été conçu à la demande de l'*Older American's Resources and Services* (OARS) et fait partie d'un questionnaire plus étendu, le *Multidimensional Functional Assessment Questionnaire* (M.F.A.Q.) (George et Fillenbaum, 1985). Le M.F.A.Q. a fait l'objet de plusieurs travaux de validation réalisés sur des échantillons représentatifs de la population âgée (Center for the Study of Aging and Human Development, 1978; Fillenbaum et Smyer, 1981; George et Fillenbaum, 1985) et a été utilisé dans de nombreuses recherches (Comptroller General of the U.S., avril 1977; Comptroller General of the U.S., décembre 1977; Comptroller General of the U.S., septembre 1979; George et Fillenbaum, 1985; Smyer, 1980). La partie sociale du M.F.A.Q. comprend neuf questions portant sur le statut marital, les compagnons ou compagnes de vie de la personne âgée, l'étendue et le type de relations avec les autres, la disponibilité d'un confident, la perception de la solitude, la disponibilité, la durée et la provenance d'une aide possible. La version française de l'instrument a déjà été utilisée (Montplaisir et Tremblay, 1986). L'outil original a été légèrement modifié en formulant deux séries distinctes de questions : l'une pour les relations familiales et l'autre pour les relations sociales : amis, voisins. Les scores ont été obtenus selon la méthode décrite par George et Fillenbaum (1985) en additionnant les valeurs relatives attribuées à chaque question.

La version révisée du *Philadelphia Geriatric Center Morale Scale* (Fillenbaum et Smyer, 1981) a été utilisée pour mesurer le sentiment de bien-être psychologique et le moral. Cette version est reconnue pour sa facilité d'administration et sa brièveté. Cet instrument comprend 19 items et est issu d'une analyse factorielle de la « *P.G.C. Morale Scale* » qui comprenait originalement 22 items. Les réponses au questionnaire sont de type « oui/non ». Plusieurs études de validation ont déjà été effectuées (Lawton, 1972; Lawton, 1975; Morris et Sherwood, 1975).

L'analyse factorielle réalisée sur une population âgée montre la présence de trois facteurs expliquant 43 % de la variance totale et ayant un degré élevé de cohérence interne : l'agitation-anxiété, l'attitude envers son propre vieillissement et l'insatisfaction par rapport à la solitude. D'autres analyses factorielles ont été effectuées sur différentes versions de l'instrument et leurs résultats ont été comparés (Morris et Sherwood, 1975). La version française de cet outil n'existant pas, nous avons procédé à sa traduction selon la technique de traduction renversée (« back translation ») (Brislin, 1986).

L'échelle utilisée pour mesurer les événements stressants a été élaborée par Pérodeau et Ostoj (1990) à partir du *Holmes and Rahe* (1967), du *Schedule of Recent Events* (Blazer, 1980) et du *Geriatric Scale of Recent Life Events* (Kiyak et al., 1976). Selon cette échelle, chacun des 19 items est codé par 0 ou 1 et un score final élevé équivaut à un niveau de stress élevé.

L'état de santé a été mesuré par la section santé du questionnaire M.F.A.Q. (Center for the Study of Aging and Human Development, 1978). Cet outil mesure le nombre de visites chez le médecin, de journées de maladie et d'hospitalisation au cours des six derniers mois. Il permet également d'identifier les maladies qui limitent la réalisation des activités de la vie quotidienne, les incapacités physiques, les handicaps visuels ou auditifs et le problème d'alcoolisme. Il évalue aussi le degré de participation à des activités physiques intenses ainsi que l'autoperception de la santé par les sujets âgés. On obtient ainsi trois indices de la santé : la santé objective, la perception subjective du sujet et la perception de l'interviewer. Les indices ont été mesurés en additionnant les valeurs relatives attribuées à chaque question (George et Fillenbaum, 1985). Un test de fidélité de la version française a déjà été réalisé (Lefrançois et al., 1992). Pour l'ensemble des comparaisons inter-juges et intra-juges, la moyenne des coefficients de corrélation gamma se situe à 0,87, ce qui témoigne d'un degré de fidélité acceptable.

Dans cette étude, les psychotropes ont été identifiés comme étant les anxiolytiques, les tranquillisants mineurs, les ataraxiques, les sédatifs, les antidépresseurs, les hypnotiques, les antipsychotiques et les stimulants du système nerveux central. Ont également été retenus les psychotropes « cachés » que l'on retrouve mélangés à d'autres médicaments agissant pour des problèmes somatiques, par exemple Donnatal, Fiorinal, Librax.

La procédure utilisée pour la collecte des renseignements sur les médicaments était la suivante : les personnes âgées étaient invitées à

présenter tous leurs médicaments à l'interviewer. Sur une grille, le nom des médicaments prescrits a été noté, leur dosage, les raisons d'utilisation, la fréquence de consommation durant les trois derniers mois et leur durée d'utilisation. Pour les médicaments non prescrits, les mêmes renseignements ont été retenus, à l'exception du dosage. La fréquence de consommation était le nombre de comprimés consommés par jour multiplié par le nombre de jours durant les trois mois précédant l'entrevue. Cette procédure est conforme à celle utilisée par d'autres auteurs (Marinier et al., 1985; Pérodeau et Ostoj, 1990).

Des données socio-démographiques ont également été recueillies, soit l'âge, le sexe, le revenu, le statut marital, le nombre d'enfants, la scolarité, l'occupation, la religion et le type de résidence.

Les résultats ont été analysés sous trois aspects. D'abord, la prévalence de consommation des psychotropes a été étudiée. Ensuite, des analyses bivariées ont exploré les relations que la consommation (variable dépendante continue) entretient avec quelques variables indépendantes, à savoir les variables socio-démographiques, les variables de la santé et les variables familiale, sociale et psychologique. Enfin, deux séries d'analyses acheminatoires (path analysis) ont été effectuées, les premières portant sur les variables retenues dans le modèle théorique initial et les secondes proposant un modèle révisé de la consommation de psychotropes. Cette étude transversale, purement corrélationnelle, ne peut donc pas déterminer des relations de causalité : la mention de « liens » directs ou indirects doit être considérée comme une terminologie statistique.

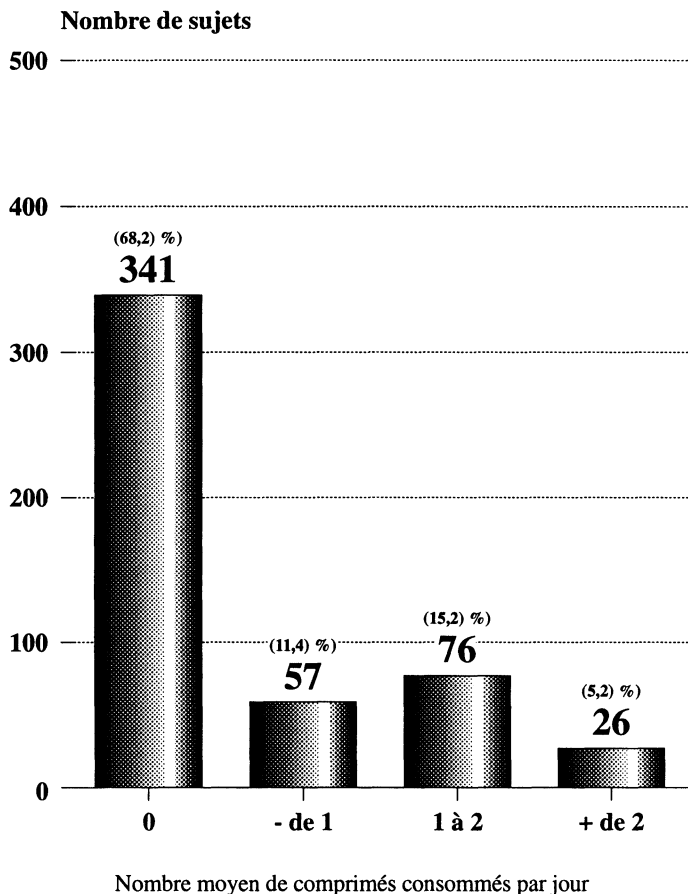
## **RÉSULTATS**

L'âge moyen des sujets de l'échantillon est de 71,8 ans. La majorité sont mariés (47,4 %) ou veufs (36,1 %). Le niveau de scolarité moyen est de 7,8 ans. Les locataires représentent 53,1 % de l'échantillon et les propriétaires 39,5 %.

La prévalence de consommation de psychotropes est présentée à la figure 1. On constate que 159 personnes (31,8 %) ont consommé au moins un médicament psychotrope (1 comprimé) dans les trois mois précédant l'enquête. Avec 68,2 % des personnes qui n'ont consommé aucun médicament psychotrope, la distribution de la variable consommation est évidemment très asymétrique et très différente d'une distribution normale.



Figure 1  
**Prévalence de consommation de psychotropes  
au cours des trois derniers mois**



L'examen de la consommation des différents types de médicaments psychotropes révèle que les tranquillisants mineurs sont utilisés par 65,4 % des consommateurs, les hypnotiques par 38,4 %, les antidépresseurs par 12,6 % et les antipsychotiques par 6,3 %. Aucun sujet de l'échantillon n'utilisait un stimulant du système nerveux central. L'addition des pourcentages dépasse 100 % parce que les sujets peuvent consommer plus d'un type de psychotrope à la fois.

Les premières analyses bivariées portent sur les relations possibles entre la consommation et diverses variables socio-démographiques, à savoir le sexe, l'âge, le revenu familial, le niveau de scolarité et le statut matrimonial. Lorsque la consommation est mesurée par le nombre total de comprimés sur une période de trois mois, on observe que le sexe ( $r = 0,07$ ;  $p = 0,12$ ), l'âge ( $r = 0,02$ ;  $p = 0,64$ ) et le statut matrimonial ( $r = -0,04$ ;  $p = 0,32$ ) ne démontrent aucun lien significatif avec la consommation. Le revenu familial ( $r = -0,12$ ;  $p = 0,01$ ) et le niveau de scolarité ( $r = -0,09$ ;  $p = 0,03$ ) sont inversement associés avec la prise de psychotropes. Par ailleurs, au tableau I, les relations sont analysées en comparant le groupe de consommateurs au groupe de non-consommateurs. Ici, la variable consommation ne tient plus compte de la fréquence mais seulement du fait d'avoir pris ou non un médicament durant les mois de référence. On observe ainsi que 36 % des femmes sont des consommatrices alors que ce pourcentage est de 24,2 % chez les hommes, et cette différence est significative ( $X^2 = 7,44$ ;  $p = 0,006$ ). Chez les répondants âgés de 65 à 74 ans, cette différence est encore plus importante puisque 38,1 % des femmes consomment comparativement à 22,8 % des hommes ( $X^2 = 8,66$ ;  $p = 0,003$ ). Toutefois, chez les personnes de 75 à 84 ans, cette différence n'est plus significative ( $X^2 = 0,2$ ;  $p = 0,67$ ).

Tableau 1

**Consommation des médicaments psychotropes en fonction du sexe**

	Consommateurs N (%)	Non-consommateurs N (%)	X <sup>2</sup> a
<b>Tout âge (65 à 84 ans)</b>			
Hommes	43 (24,2)	135 (75,8)	6,91**
Femmes	116 (36,0)	206 (64,0)	
	159 (31,8)	341 (68,2)	
<b>65 à 74 ans</b>			
Hommes	28 (22,8)	95 (77,2)	7,98**
Femmes	90 (38,1)	146 (61,9)	
	118 (32,9)	241 (67,1)	
<b>75 à 84 ans</b>			
Hommes	15 (27,3)	40 (72,7)	0,04
Femmes	26 (30,6)	60 (69,4)	
	41 (29,1)	100 (70,9)	

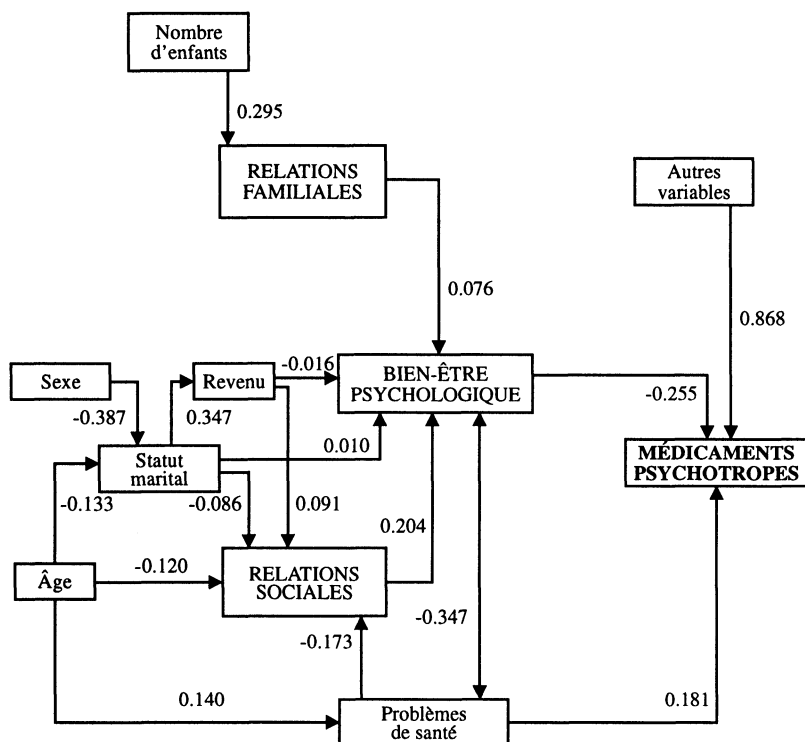
\*\* :  $p < 0,01$ 

a : correction de Yates

Les autres analyses bivariées portent sur les relations entre la consommation de psychotropes en tant que variable continue, et les variables santé, relations familiales, relations sociales et bien-être psychologique. L'indice de la santé entretient une corrélation significative avec la consommation ( $r = 0,28$ ;  $p < 0,001$ ) et il semble que la consommation d'alcool est inversement associée à la consommation de psychotropes ( $r = -0,07$ ;  $p = 0,11$ ). Les analyses mettent aussi en évidence un lien entre la consommation de psychotropes et les relations familiales ( $r = -0,10$ ;  $p = 0,02$ ). Ainsi, les consommateurs ont de moins bonnes relations familiales. On observe également une absence de relation entre la consommation et les relations sociales ( $r = -0,07$ ;  $p = 0,11$ ). Par ailleurs, la corrélation la plus forte est celle qui relie le sentiment de bien-être psychologique à la consommation ( $r = -0,32$ ;  $p < 0,001$ ). Cette relation démontre que plus le sentiment de bien-être psychologique d'une personne est élevé, moins celle-ci consomme.

La figure 2 présente les résultats de la première série d'analyses acheminatoires qui ont porté sur les variables retenues dans le modèle théorique initial. Ces analyses confirment l'hypothèse que le sentiment de bien-être et la santé sont des indices qui influencent la consommation, celle-ci étant toujours mesurée comme variable continue. Dans ce modèle théorique, on prévoyait que les relations familiales, le revenu, le statut marital, les relations sociales et la santé influençaient le sentiment de bien-être. Or, il s'avère que seulement les deux derniers indices ont une relation significative. Ainsi, la qualité des relations sociales a un lien direct avec le bien-être psychologique, alors que les problèmes de santé diminuent ce sentiment. Le nombre d'enfants a un rapport direct avec les relations familiales. Par ailleurs, les relations sociales sont significativement reliées avec l'âge et la santé. En effet, moins on est âgé, meilleures sont les relations sociales, tandis que les problèmes de santé affectent négativement ce type de relations. Le revenu est directement relié avec le fait d'être marié. De plus, l'âge a un lien direct avec l'état de santé. Quant au statut marital, il est influencé par les variables du sexe et de l'âge. En effet, il y a plus d'hommes mariés et les personnes mariées sont plus jeunes.

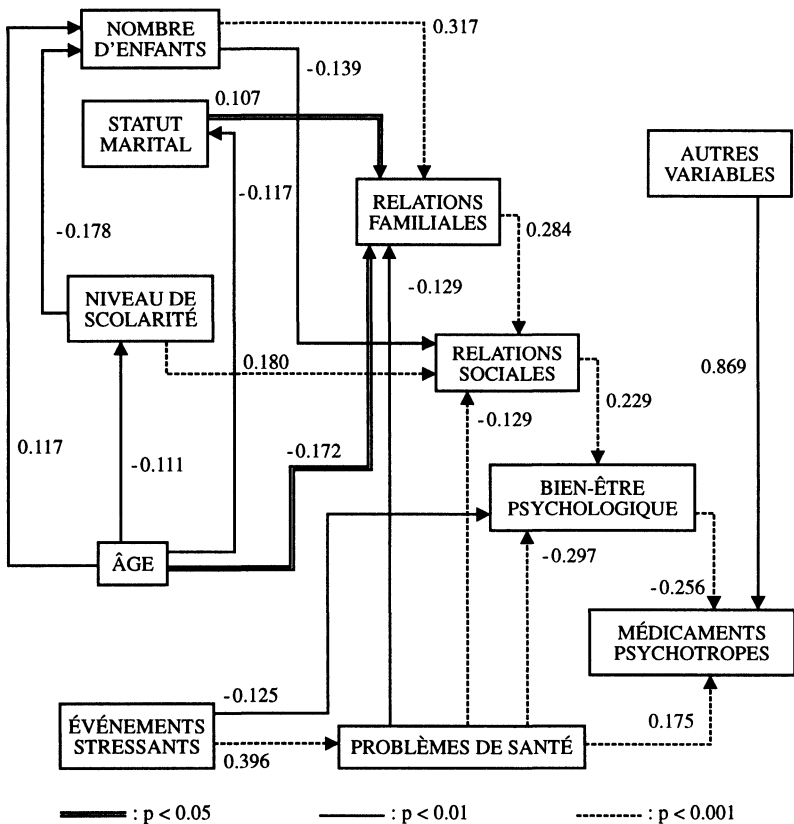
**Figure 2**  
**Analyses acheminatoires en fonction du modèle théorique**  
**(n = 500), selon Quinn, 1983**



Les données empiriques n'ayant pas permis de vérifier le modèle théorique retenu, nous avons cherché un modèle explicatif plus conforme aux données observées. Pour ce faire, toutes les relations qui avaient un coefficient standardisé supérieur ou égal à 0,10 ont été retenues et ces relations s'avèrent être toutes significatives à un seuil de 0,05. De plus, les événements stressants ont été ajoutés comme variable indépendante. De nouvelles analyses acheminatoires ont donc été effectuées à partir de ces critères et les résultats sont présentés à la figure 3. On observe que le sentiment de bien-être et la santé sont encore les variables les plus déterminantes de la consommation. Quant au sentiment de bien-être, il est influencé non seulement par les variables que nous connaissons déjà, les relations sociales et la santé, mais également par

les événements stressants. Toutefois, les relations familiales et le statut marital ne montrent aucune influence directe sur le bien-être. Le nombre d'enfants est encore très relié aux relations familiales. Le statut marital, l'âge et la santé sont également des indices ayant une corrélation avec ces relations familiales. Par ailleurs, l'âge perd sa relation avec la santé, alors que les événements stressants s'avèrent très liés avec cet indice. Enfin, on doit remarquer que les autres variables (celles qui ne font pas partie du modèle et que nous n'avons pas mesurées) pourraient expliquer 86,9 % de la variance de la variable dépendante (soit  $1-R^2 = 0,869$ ), ce qui signifie que le modèle étudié ne peut expliquer que 13,1 % de la variance du phénomène.

Figure 3  
Modèle révisé de la consommation de psychotropes  
(n = 500) (coefficient > 0,10)



## Discussion

Cette étude propose un modèle explicatif et tente de mesurer certains prédicteurs de la consommation de psychotropes chez les personnes âgées. Les principales hypothèses avancées dans le modèle théorique ont été confirmées par les résultats. Le bien-être psychologique est la variable la plus directement et la plus fortement reliée à la consommation de psychotropes, et l'état de santé est l'autre variable qui influence directement la consommation. Évidemment, ces deux variables sont fortement reliées entre elles. Une étude transversale comme celle-ci est purement corrélationnelle et ne peut donc pas déterminer des relations de causalité : la mention de « liens » directs ou indirects doit être considérée comme une terminologie statistique.

Cette étude comporte certaines limites. En ce qui concerne la qualité des instruments de mesure utilisés, le M.F.A.Q. est l'instrument le plus connu pour mesurer le fonctionnement social des personnes âgées. Cependant, le fait que nous ayons dédoublé la partie sociale de cet outil pour obtenir une section spécifique aux relations familiales et une autre aux relations sociales, a peut-être modifié la sensibilité de la mesure. En ce qui concerne le sentiment de bien-être psychologique, le *Philadelphia Geriatric Center Morale Scale* est un très bon instrument de mesure, mais sa version française n'avait jamais été produite et avant de l'utiliser nous n'avons pas procédé à un test de fidélité. De plus, il est possible que des facteurs culturels puissent modifier la valeur de cet instrument dans un contexte francophone comme le nôtre. Enfin, en ce qui concerne les médicaments psychotropes, l'analyse a tenu compte de la fréquence de consommation durant les trois mois précédant l'entrevue mais elle n'a pu mesurer l'impact physiologique de ces médicaments. Le nombre élevé de psychotropes et leur grande variété quant à l'effet recherché ainsi qu'aux niveaux des dosages utilisés ne permettent pas l'élaboration d'un indice fiable. Il serait intéressant, pour les études ultérieures, de concevoir un système d'analyse de médicaments qui tiendrait compte de la grande variété des psychotropes, de la fréquence de leur utilisation et de leur dosage.

Une dernière limite concerne l'extrême asymétrie (illustrée à la figure 1) de la variable dépendante. Avec un pourcentage de non-consommation aussi élevé que 68 %, aucune transformation ne permettait de corriger la distribution de cette variable afin de la rendre plus normale. Si la distribution de la variable dépendante avait été plus proche d'une distribution normale, il est possible que plusieurs des corrélations auraient été plus élevées et que le pourcentage de variance expliquée par les variables prédictrices aurait été supérieur à 13,1 %.

Glantz (1981) propose de développer un modèle explicatif de la consommation de psychotropes en se basant sur les facteurs reliés à l'alcoolisme. Parmi ces facteurs, on mentionne les événements stressants (Glantz, 1981 ; Morse, 1988 ; Shelowitz, 1987). La présente étude va dans le sens de l'hypothèse avancée par Glantz (1981) puisque les événements stressants ont un lien direct avec la santé, laquelle a un lien direct avec la consommation. Cependant, l'étude n'a pas mis en évidence de relation entre la consommation d'alcool et la prise de psychotropes. Quinn (1983) a démontré que la santé est le meilleur prédicteur du sentiment de bien-être, ce qui est corroboré par les analyses de régression. Toutefois, il a observé que les relations familiales sont le deuxième meilleur prédicteur alors qu'ici, il s'agit des relations sociales. Les événements stressants sont également reliés au bien-être psychologique, alors que Quinn (1983) ne rapporte aucune observation à cet égard. Le modèle explicatif proposé par Pérodeau et al. (1992) est fort intéressant. Les participants de leur étude étaient 99 bénéficiaires d'un service de maintien à domicile, tous consommateurs de médicaments psychotropes. Les prédicteurs de leur modèle final qui expliquent 17 % de la variance dans la consommation de médicaments, sont l'âge, le sexe, les attitudes envers les psychotropes et les événements de vie. Les personnes plus jeunes sont de plus grands consommateurs que les plus vieux. Une attitude positive envers les psychotropes et le fait d'appartenir au sexe féminin est associé à un niveau de consommation élevé. Par ailleurs, le nombre d'événements stressants diminue la consommation, alors que la mesure de la détresse psychologique n'a pas d'effet direct sur la consommation de psychotropes. Ces relations sont tout à fait différentes de celles qui composent notre propre modèle.

En ce qui concerne l'influence des relations familiales et sociales sur la consommation, on constate que les relations familiales et sociales sont subordonnées. Les relations sociales ont un effet direct sur le bien-être psychologique et indirect sur la consommation. L'étude appuie donc les observations de Eve et Friedsam (1981), McKim et Mishara (1987), Shelowitz (1987) et Morse (1988) qui suggèrent que l'isolement et le manque de support social affectent la consommation de psychotropes. Quant aux relations familiales, elles ont moins d'importance sur la consommation que ne le suppose le modèle théorique. Elles influencent la consommation par l'intermédiaire des relations sociales et du sentiment de bien-être psychologique. Par ailleurs, il semble que les relations familiales n'ont pas d'impact direct sur le bien-être psychologique, contrairement aux relations sociales, qui en ont un. Ces observations concordent avec celles des études de Lee et Ellithrope (1982),

Arling (1976) et Wood et Robertson (1978). En ce qui concerne le nombre d'enfants, l'hypothèse émise était qu'une personne âgée serait d'autant plus satisfaite de la qualité de ses relations familiales qu'elle aurait eu plusieurs enfants. Le modèle révisé confirme aussi cette hypothèse.

Les résultats des analyses bivariées démontrent que la consommation (en tant que variable dichotomique) est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes. Cette observation va dans le même sens que plusieurs autres études (Cooperstock, 1978; Enquête Santé-Québec, 1987, 1988; Eve et Friedman, 1981; McKim et Mishara, 1987; Pérodeau et Ostoj, 1990; Smart et Adalf, 1988). Toutefois, lorsqu'on tient compte de la fréquence de consommation (variable continue), on constate que la moyenne de consommation des femmes n'est pas significativement différente de celle des hommes. Cela suggère que le pourcentage de femmes qui consomment est plus élevé, mais que celles-ci prennent des médicaments à une fréquence moindre que les consommateurs masculins. Il faut noter aussi que la consommation de psychotropes est peut-être favorisée par la gratuité qui prévalait au moment de l'enquête.

Nous avons été étonnés par le fait que le modèle présenté n'explique que 13 % du phénomène de la consommation de psychotropes chez les personnes âgées. Dans l'étude d'un phénomène biopsychosocial aussi complexe que celui-ci, nous pensons qu'il est théoriquement possible de mesurer environ 50 % de la variance totale. Qu'en est-il du 37 % restant? La précision des instruments de mesure pourrait être mise en cause, mais nous sommes plutôt d'avis que ces résultats sont un premier pas et que des variables que nous n'avons pas étudiées pourraient certainement clarifier une autre partie du phénomène. Les recherches futures devront considérer la personnalité des consommateurs, la relation médecin-patient, les habitudes de prescription des médecins et l'influence de la publicité de l'industrie pharmaceutique.

Cette étude propose des facteurs bio-psychosociaux pour expliquer la consommation de psychotropes chez les personnes âgées. Il est désormais important de prendre en compte le sentiment de bien-être psychologique, la perception de la santé et la qualité des relations sociales dans toute intervention future visant à prévenir la consommation abusive de psychotropes chez les personnes âgées.

## RÉFÉRENCES

- ARLING, G., 1976, The elderly widow and her family, neighbors and friends, *Journal of Marriage and the Family*, 38, 757-68.



- BLAZER, D., 1980, Life events, mental health functioning and the use of health care services by the elderly, *American Journal of Public Health*, 70, 11, 1174-79.
- BRISLIN, R. W., 1986, The wording and translation of research instruments in Lonner, W., Berry, J., *Field Method in Cross-cultural Research*, Sage, Beverly Hills, Ca., 137-164.
- CAROSELLI-KARINJA, M., 1985, Drug abuse and the elderly, *Journal of Psychiatric Nursing*, 23, 25-30.
- CENTER FOR THE STUDY OF AGING AND HUMAN DEVELOPMENT, 1978, *Duke University: Multidimensional functional assessment: the O.A.R.S. methodology*, 2<sup>e</sup> édition, Duke University, Center for the Study of Aging and Human Development.
- COMPTROLLER GENERAL OF THE U.S., 1977, *Home-health: the need for a national policy to better provide for the elderly*, General Accounting Office, Washington, (H.R.D. 78-19).
- COMPTROLLER GENERAL OF THE U.S., 1977, avril, *The well-being of older people in Cleveland, Ohio, Washington*, General Accounting Office, (H.R.D. 77-70).
- COMPTROLLER GENERAL OF THE U.S., 1979, septembre, *Conditions of older people: National information system needed*, General Accounting Office, Washington, (H.R.D. 79-95).
- CONSEIL DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA FAMILLE, 1982, *Médicaments ou poisons magiques*, Gouvernement du Québec.
- COOPERSTOCK, R., 1978, Sex differences in psychotropic drug use, *Social science and medicine*, 12, 179- 86.
- EVE, S. B., FRIEDSAM, H. J., 1981, Use of tranquilisers and sleeping pills among older texans, *Journal of Psychoactive Drugs*, 13, 165-73.
- FILLENBAUM, J. J., SMYER, M. A., 1981, The development validity and reliability of the O.A.R.S. multidimensional functional assessment questionnaire, *Journal of Gerontology*, 36, 428-34.
- GEORGE, L. K., FILLENBAUM, G. G., 1985, OARS Methodology: A decade of experience in geriatric assessment, *Journal of American Geriatric Society*, 33, 607.
- GLANTZ, M., 1981, Predictions of elderly drug abuse, *Journal of Psychoactive Drugs*, 13, 117-26.
- GUTTMAN, D., 1978, Patterns of legal drug use by older Americans, *Addictive Diseases: An International Journal*, 3, 337.
- HOLMES, T. H., RAHE, R. H., 1967, The Social Readjustment Rating Scale, *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-18.

- KIYAK, A., LIANG, J., KAHANA, E., 1976, août, *A Methodological Inquiry into the Schedule of Recent Life Events*, Presentation at the American Psychological Association Meeting, Washington, D.C.
- LANGLOIS-MEURINNE, G., 1987, Dépression, in *Précis Pratique de Gériatrie*, Edisem-Maloine, 148-161, 1987.
- LAWTON, M.P., 1972, The dimensions of morale, in Kent, D., Kastenbaum, R., Sherwood, S., eds., *Research, Planning and Action for the Elderly: the Power and Potential of Social Science*, Behavioral Publications, New York.
- LAWTON, M. P., 1975, The Philadelphia Geriatric Center Morale Scale: A revision, *Journal of Gerontology*, 30, 1, 85-89.
- LEE, G. R., ELLITHROPE, E., 1982, Intergenerational exchange and subjective well-being among the elderly, *Journal of Marriage and the Family*, 44, 217-24.
- LEFRANÇOIS, R., LECLERC, G., POULIN, N., 1992, La santé subjective et la santé objective des personnes âgées : étude de fidélité du M.F.A.Q., in *Association québécoise de gérontologie, Aider ses parents vieillissants*, 55-74.
- LEVENSON, A. J., 1986, Psychotropic drug use in the elderly: which are significant? *Geriatric Medicine*, 2, 9-11.
- MARINIER, R. L., PHIL, R. O., WILFORD, C., LAPP, J.E., 1985, Psychotropic drug use by women: demographic, lifestyle, and personality correlates, *Drug Intelligence and Clinical Pharmacy*, 19, 40-45.
- MCKIM, W. A., MISHARA, B. L., 1987, *Drugs and Aging*, Butterworth, Toronto.
- MSSS, 1988, *Enquête Santé-Québec*, 1987, Ministère de la santé et des services sociaux, Québec.
- MSSS, 1995, *Le Québec comparé*, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Gouvernement du Québec.
- MONTPLAISIR, M. L., TREMBLAY, S. D., 1986, *L'évaluation multidimensionnelle de l'Hôpital de Jour*, Centre Hospitalier Côte-des-Neiges, Montréal.
- MORRIS, J. N., SHERWOOD, S., 1975, A retesting and modification of the Philadelphia geriatric center morale scale, *Journal of Gerontology*, 30, 1, 77-84.
- MORSE, R. M., 1988, Substance abuse among the elderly, *Bulletin of the Menninger Clinic*, 52, 259-68.
- OSTERWEIS, M., BUSH, P. J., ZUCKERMAN, A. E., 1979, Family context as a predictor of individual medicine use, *Social Science and medicine*, 13, 4, 287-91.

- PÉRODEAU, G., KING, S., OSTOJ, M., 1992, Stress and psychotropic drug use among the elderly: an exploratory model, *Canadian Journal on Aging*, 11, 4, 347-369.
- PÉRODEAU, G., OSTOJ, M., 1990, *Facteurs psychosociaux reliés à la consommation de psychotropes par des personnes âgées en maintien à domicile*, C.Q.R.S.
- QUINN, W. H., 1983, Personal and family adjustment in later life, *Journal of Marriage and the Family*, 45, 57-73.
- SHELOWITZ, P. A., 1987, Drug use, misuse and abuse among elderly, *Medicine and Law*, 6, 235-50.
- SMART, R. G., ADALF, E. M., 1988, Alcohol and drug use among the elderly: trends in use and characteristics of users, *Canadian Journal of Public Health*, 79, 236-42.
- SMYER, M. A., 1980, The Differential usage of services by impaired elderly, *Journal of Gerontology*, 35, 249-255.
- STEWART, R. B., 1988, Drug use in the elderly, in Delfuente, J. C., Stewart, R. B., *Therapeutics in the Elderly*, William and Wilkins, Baltimore, 50-63.
- WILLIAMSON, J., CHOPIN, J. M., 1980, Adverse reactions to prescribed drug in the elderly: A multicenter investigation, *Age Aging*, 9, 73-80.
- WOOD, V., ROBERTSON, J. F., 1978, Friendship and kinship interaction: differential effect on the morale of the elderly, *Journal of Marriage and the family*, 40, 367-75.

## ABSTRACT

### **The influence of family and social relationships on the consumption of psychotropic drugs by the elderly**

Psychotropic drugs are the second most commonly used medication by Quebec's elderly. The objective of this study is to test a theoretical model of psychotropic drug use in the elderly. The principal hypothesis is that the quality of relationships the elderly person has with others, particularly with his or her children, has a direct influence on his or her psychological well-being, which, in turn, directly affects the consumption of psychotropic agents. A survey was conducted on a sample of 500 elderly people, aged 65-84 years, living at home. 31.8% of the respondents used psychotropic drugs during the three-month period preceding the interview. Path analysis led to the elaboration of a modified model for the consumption of psychotropic drugs by the elderly which indicates that the best predictors of consumption are both the psychological well-being and the state of health of the individual. More elevated is the psychological well-being, less is the consumption

of psychotropic drugs, whereas poor health condition increases it. The quality of an individual's social relationships has a direct influence on his or her psychological well-being, whereas family relationships are of lesser importance. Our model accounts for 13% of the predictors of psychotropic consumption by the elderly.